

Der **Bürgerverein Blersum-Leepens e.V.**

fördert die Erhaltung und Pflege des Dorfbildes von Blersum und Leepens und wirkt mit bei der sozialen, kulturellen und wirtschaftlichen Entwicklung des Dorfes. Er arbeitet mit allen örtlichen Vereinen zusammen.

Er will das Wohl der Einwohner fördern und achtet darauf, dass die dörfliche Eigenständigkeit gewahrt bleibt.

Fast 200 Einwohner (die das 16. Lebensjahr vollendet haben müssen) gehören dem Bürgerverein an und beraten in der jährlichen Mitgliederversammlung über Wünsche und Anregungen, die der Vorstand möglichst realisiert.

Mit Hilfe unserer Mitglieder und der anderen Vereine haben wir schon Vieles gemeinsam für Blersum und Leepens erreicht. Aber manche Anregung wartet auch noch auf ihre Umsetzung.

Dabei brauchen wir die Unterstützung jedes Einwohners.

**An den
Bürgerverein Blersum-Leepens e.V.**

Beitrittserklärung

Ich/wir möchten dem Bürgerverein Blersum-Leepens e.V. ab sofort beitreten und verpflichten uns, den von der Mitgliederversammlung beschlossenen Mitgliedsbeitrag von zur Zeit 6,00 € jährlich zu zahlen:

1. _____
Name, Vorname in Blockschrift

Geburtsdatum

2. _____
Name, Vorname in Blockschrift

Geburtsdatum

Wohnort, Straße, Hausnummer

Ort, Datum

Unterschrift (en)



000000269110A560611170

SEPA-Lastschriftmandat SEPA Direct Debit Mandate

Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:

Bürgerverein Blersum-Leepens e.V.

Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address**Straße und Hausnummer / Street name and number:**

Schulthenhausener Str. 6

Postleitzahl und Ort / Postal code and city:

26409 Wittmund

Land / Country:**Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:**

DE40ZZZ00001874647

Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor (name see above) to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor (name see above).

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

Zahlungsart / Type of payment:

Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment Einmalige Zahlung / One-off payment

Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:**Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address***

* Angabe freigestellt / Optional information

Straße und Hausnummer / Street name and number:**Postleitzahl und Ort / Postal code and city:****Land / Country:****IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 34 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 34 characters):****BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):**

Hinweis: Die Angabe des BIC kann entfallen, wenn der Zahlungsdienstleister des Zahlungspflichtigen in einem EU-/ EWR-Mitgliedsstaat ansässig ist.

Note: The BIC is optional when Debtor Bank is located in a EEA SEPA country.

Ort / Location:**Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):****Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:**